KOPERNIK

WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY
im. M. Kopernika w Łodzi
Dział Zamówień Publicznych
Tel. (042) 689 59 10
Tel. (042) 689 59 12
Tel. / fax. (042) 689 54 09

EZ / 263 / 186 / 84 /2014

Łódź, dnia 03.02.2014r.

Nr sprawy 186/ZP/13

dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego o wartości powyżej 10 000 000 EURO na dostawy produktów farmaceutycznych dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Kopernika w Łodzi.

MODYFIKACJA TREŚCI SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

Zgodnie z art. 38 ust. 4, 6 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2013r poz. 907 tekst jednolity ze zm.) Zamawiający dokonuje zmiany treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia. Dokonaną zmianę Zamawiający niezwłocznie zamieszcza na stronie internetowej, na której udostępniona jest Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia.

I. Zamawiający dokonuje modyfikacji Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia polegającej na naniesieniu zmian w załączniku nr 2 tj.:

a) zmianę opisu pozycji w **pakiecie nr 1**

1	1	Imatinib - zarejestrowany i refundowany zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2014r. Zgodnie z załącznikiem B	tabletki / kapsułki	400 mg	30 tabl./ kaps.	op	1800
	2	Imatinib - zarejestrowany i refundowany zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2014r. Zgodnie z załącznikiem C.	tabletki / kapsułki	400 mg	30 tabl. / kaps.	op.	700

KOPERNIK

WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY
im. M. Kopernika w Łodzi
Dział Zamówień Publicznych
Tel. (042) 689 59 10
Tel. (042) 689 59 12
Tel. / fax. (042) 689 54 09

b) zmianę opisu pozycji w **pakiecie nr 2**

2	1	Imatinib - zarejestrowany i refundowany zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2014r. B	tabletki / kapsułki	100 mg	60 tabl. / kaps.	op	600
	2	Imatinib - zarejestrowany i refundowany zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2014r. C	tabletki / kapsułki	100 mg	60 tabl. / kaps.	op.	100

Zmodyfikowany Załącznik nr 2 w załączeniu do niniejszego pisma,

II. Ponadto Zamawiający dokonuje następującej modyfikacji w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia w rozdziale I pkt 12 :

Jest:

Zamawiający dopuszcza udział podwykonawców w realizacji niniejszego zamówienia. Złożenie załącznika w zakresie podwykonawstwa jest fakultatywne. W przypadku, gdy Wykonawca przewiduje wykonanie zamówienia z udziałem podwykonawców należy załączyć wypełniony – Załącznik nr 6 do SIWZ z wykazem zakresu zadań zlecanych Podwykonawcom. W przypadku gdy Wykonawca powołuje się na zasadach określonych w art. 26 ust. 2b ustawy Pzp, w celu wykazania spełnienia warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy Pzp na zasoby takiego Podwykonawcy, zobowiązany jest podać nazwę (firmę) takiego Podwykonawcy. W przypadku niezłożenia w/w załącznika Zamawiający uzna, iż Wykonawca zamierza wykonać zadanie samodzielnie.

Zamawiający zmienia na:

Zamawiający dopuszcza udział podwykonawców w realizacji niniejszego zamówienia. Złożenie Załącznika w zakresie podwykonawstwa jest fakultatywne. W przypadku, gdy Wykonawca przewiduje wykonanie zamówienia z udziałem podwykonawców należy załączyć wypełniony – Załącznik nr 7 do SIWZ z wykazem zakresu zadań zlecanych Podwykonawcom. W przypadku nie złożenia w/w załącznika Zamawiający uzna, iż Wykonawca zamierza wykonać zadanie samodzielnie.

KOPERNIK

WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY
im. M. Kopernika w Łodzi
Dział Zamówień Publicznych
Tel. (042) 689 59 10
Tel. (042) 689 59 12
Tel. / fax. (042) 689 54 09

Zmianie ulega treść załącznika nr 6 (modyfikacja w załączeniu)

UWAGA!

Wszyscy wykonawcy zobowiązani są do złożenia oferty na zmodyfikowanych załącznikach. Oferta złożona bez zastosowania się do powyższej modyfikacji podlegać będzie odrzuceniu w trybie art.89 ust.1 pkt.2 jako niezgodna z treścią SIWZ.

III. Ponadto Zamawiający dokonuje modyfikacji Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia w następującym zakresie:

- **Rozdział VI warunki wpłaty i zwrotu wadium**

Zamawiający zmienia na:

1. Przystępując do przetargu Wykonawca jest obowiązany wnieść wadium **w wysokości 517 367 PLN** (słownie: pięćset siedemnaście tysięcy trzysta sześćdziesiąt siedem złotych 00/100).

   Wadium należy wpłacić przelewem na konto Zamawiającego:

   PKO S.A. V O./Łódź 78 1240 1545 1111 0000 1166 9960

   do dnia składania ofert do godziny 10.00 z zaznaczeniem:

   „Wadium na dostawy produktów farmaceutycznych. Nr sprawy 186/ZP/2013"

   Wadium jest podzielone na części.

2. Jeżeli Wykonawca składa ofertę na jeden lub więcej pakietów zamówienia, obowiązany jest wnieść wadium sumując poszczególne wartości pakietów. Łączna kwota wadium jest sumą kwot za poszczególne pakiety zamówienia.

   W związku z powyższym Wykonawca zobowiązany jest wnieść wadium na poszczególne pakiety w następujących wysokościach:

Pakiet	wadium
1	440 489,00 PLN
2	61 668,46 PLN
3	60,00 PLN
4	550,00 PLN
5	14 600,00 PLN

KOPERNIK

WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY
im. M. Kopernika w Łodzi
Dział Zamówień Publicznych
Tel. (042) 689 59 10
Tel. (042) 689 59 12
Tel. / fax. (042) 689 54 09

3. Oferta zostanie uznana za zabezpieczoną, jeżeli środki z tytułu wadium faktycznie wpłyną na konto Zamawiającego do dnia i godziny składania oferty. Dowód wniesienia wadium należy dołączyć do oferty.

4. Wadium może być wniesione w pieniądzu lub innych przewidzianych w art. 45 ust. 6 ustawy Prawo Zamówień Publicznych formach. Jeżeli wadium będzie wniesione w formie gwarancji albo poręczenia to jego oryginał musi być załączony do oferty.

5. Wadium wnoszone w pieniądzu wpłaca się przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Zamawiającego w pkt. 1.

6. Oferta nie zabezpieczona wymaganym przez ustawę wadium zostanie odrzucona.

7. Zamawiający zobowiązany jest zwrócić wadium na warunkach określonych w art. 46 ust. 1, 1a, 2, i 4 ustawy Prawo Zamówień Publicznych.

8. Wykonawca traci wadium na rzecz Zamawiającego, jeżeli zaistnieje którakolwiek z przesłanek wymienionych w art. 46 ust. 4a i ust. 5 ustawy Prawo Zamówień Publicznych.

- **Rozdział IV warunki udziału w postępowaniu oraz opis sposobu dokonywania oceny spełniania tych warunków, podrozdział B opis sposobu dokonania oceny spełnienia warunków udziału w postępowaniu, w punkcie:**

2. Posiadania wiedzy i doświadczenia.

Opis sposobu dokonania oceny tego warunku:

Za spełnienie warunku Zamawiający uzna wykonanie z należytą starannością w okresie ostatnich 3 lat przed dniem wszczęcia postępowania tj. przed dniem ukazania się ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej, min. 2 dostaw rodzajowo odpowiednich o łącznej wartości brutto minimum :

Zamawiający zmienia na:

Pakiet	wartość dostaw
1	11 012 225,00 PLN
2	1 541 711,50 PLN
3	1 500,00 PLN
4	13 750,00 PLN
5	365 000,00 PLN

oferty złożonej w danym pakiecie wraz z potwierdzeniem ich należytego wykonania.

KOPERNIK

WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY
im. M. Kopernika w Łodzi
Dział Zamówień Publicznych
Tel. (042) 689 59 10
Tel. (042) 689 59 12
Tel. / fax. (042) 689 54 09

Dla potrzeb oceny spełniania warunku określonego powyżej, jeśli wartości zostaną podane w walutach innych niż PLN, Zamawiający przyjmie średni kurs PLN do tej waluty podawany przez NBP na dzień opublikowania ogłoszenia o zamówieniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej.

5.Sytuacji ekonomicznej i finansowej.

Opis sposobu dokonania oceny tego warunku:

Za spełnienie warunku Zamawiający uzna posiadanie środków finansowych lub zdolność kredytową na poziomie minimum:

Zamawiający zmienia na:

Pakiet	zdolność ekonomiczna
1	11 012 225,00 PLN
2	1 541 711,50 PLN
3	1 500,00 PLN
4	13 750,00 PLN
5	365 000,00 PLN

wartości brutto w danym pakiecie.

Dla potrzeb oceny spełniania warunku określonego powyżej, jeśli wartości zostaną podane w walutach innych niż PLN, Zamawiający przyjmie średni kurs PLN do tej waluty podawany przez NBP na dzień opublikowania ogłoszenia o zamówieniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej.

Zamawiający dokona oceny spełnienia w/w warunków udziału w postępowaniu na podstawie oświadczeń oraz dokumentów o których mowa w rozdziale V niniejszej SIWZ.

Wykonawca może polegać na wiedzy i doświadczeniu, potencjale technicznym, osobach zdolnych do wykonania zamówienia lub zdolnościach finansowych innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nim stosunków. Wykonawca w takiej sytuacji zobowiązany jest udowodnić Zamawiającemu, iż będzie dysponował zasobami niezbędnymi do realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonaniu zamówienia.

KOPERNIK

WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY
im. M. Kopernika w Łodzi
Dział Zamówień Publicznych
Tel. (042) 689 59 10
Tel. (042) 689 59 12
Tel. / fax. (042) 689 54 09

IV. **Zamawiający informuje, iż niniejsza modyfikacja SIWZ wywiera wpływ na termin złożenia oferty.**

a) **Termin składania ofert** określony w rozdziale IX pkt. 2 SIWZ

– do dnia 26 **lutego 2014** roku do godziny 10.00

b) **Termin otwarcia ofert** określony w rozdziale XIII pkt. 1 SIWZ

– w dniu 26 **lutego 2014** roku o godzinie 11.00

c) **Termin wniesienia wadium**

- do dnia 26 **lutego 2014** roku do godziny 10.00

Pozostałe postanowienia Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia pozostają bez zmian.

Z poważaniem

ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. Lecznictwa

dr n. med. Przemysław Biliński

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź
SEKRETARIAT tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; CENTRALA tel. (42) 689 50 00
e-mail: szpital@kopernik.lodz.pl, http://www.kopernik.lodz.pl
NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 62124015451111000011669957

.....

(pieczęć firmowa wykonawcy)

ZAŁĄCZNIK NR 2
186/ZP/13

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na dostawy produktów farmaceutycznych dla W.S.S. im. M. Kopernika w Łodzi w trybie przetargu nieograniczonego oferujemy wykonanie zamówienia na następujących warunkach:

1. Oferujemy wykonanie zamówienia za następującą cenę (PLN):

Pakiet	L.P.	Nazwa Międzynarodowa	Postać farmaceutyczna	dawka / sposób pakowania	Opakowanie	j. m.	Ilość Opakowań na 24 miesięcy	cena jednostkowa netto za opak. PLN	cena jednostkowa brutto za opak. PLN	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
									poz.9+poz.12	poz. 8*poz. 9		poz. 11+VAT
1	1	Imatinib - zarejestrowany i refundowany zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2014r. Zgodnie z załącznikiem B	tabletki / kapsułki	400 mg	30 tabl./ kaps.	op	1800					
	2	Imatinib - zarejestrowany i refundowany zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2014r. Zgodnie z załącznikiem C.	tabletki / kapsułki	400 mg	30 tabl. / kaps.	op.	700					
											Suma	
2	1	Imatinib - zarejestrowany i refundowany zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2014r. B	tabletki / kapsułki	100 mg	60 tabl. / kaps.	op	600					
	2	Imatinib - zarejestrowany i refundowany zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2014r. C	tabletki / kapsułki	100 mg	60 tabl. / kaps.	op.	100					
											Suma	
3	1	Calcitoninum Salmonis	płyn do wstrzykiwań	100 j.m./ml	5 amp 1 ml	op	100					
											Suma	
4	1	Fondaparinux	roztwór do wstrzykiwań	7,5 mg / 0,6ml	10 amp.- sprzyk.	op	20					
	2	Fondaparinux	roztwór do wstrzykiwań	2,5 mg / 0,5ml	10 amp.- sprzyk.	op	30					
											Suma	
5	1	Posaconazole	zawiesina doustna	40mg/ml	1 butelka 105ml	op	200					
											Suma	

1. Oferujemy termin płatności za wykonanie każdorazowej dostawy (min. 60 dni) ..... dni od dnia doręczenia faktury do siedziby Zamawiającego.

2. Oferujemy termin realizacji dostawy w ciągu (max. 24 h godz.) ..... od dnia złożenia pisemnego zamówienia na nr faxu podany poniżej.

3. Oferujemy termin ważności produktów ..... (min. 12 m-cy)
4. Osobą upoważnioną do podpisania umowy jest .....
5. Zgłoszenia należy składać na numer faksu .....lub e-mail .....

Oświadczamy, że:

a. Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia (SIWZ) i nie wnosimy do niej zastrzeżeń.
b. Oświadczamy, że treść złożonej oferty jest zgodna z wymogami SIWZ.
c. Akceptujemy w całości i bez zastrzeżeń warunki umowy zawarte we wzorze – zał. nr 7 oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w takim kształcie.
d. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w SIWZ.
e. Posiadamy wystarczającą ilość oferowanego produktu pozwalającą zabezpieczyć wymaganą przez Zamawiającego ilość.

WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY
im. M. Kopernika w Łodzi
ul. Pabianicka 62
93-513 Łódź

Załącznik nr 6 do SIWZ
Nr sprawy ***186/ZP/13***

.....
nazwa wykonawcy

WSKAZANIE CZĘŚCI ZAMÓWIENIA KTÓRĄ WYKONAWCA POWIERZY DO WYKONANIA PODWYKONAWCOM

Oświadczam, że **nie powierzę** podwykonawcom wykonania żadnej części zamówienia.*

Oświadczam, że **powierzę** podwykonawcom wykonanie zamówienia w następującym zakresie:*

Rodzaj części zamówienia przewidzianej do wykonania przez Wykonawcę
Nazwa podwykonawcy, o którym mowa w art. 36b ustawy Pzp (jeżeli dotyczy, zgodnie z rozdziałem I pkt 12)

..... dn. ..... 2014 r.

.....
podpis osoby upoważnionej

*należy skreślić niewłaściwy wariant